ESSAI

N° 222.

SUR

LA FISTULE A L'ANUS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 16 août 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR C. LE COUPPEY, de Paris,

Bachelier ès-lettres; Élève des hôpitaux civils et militaires de Paris; ex-Chirurgien d'armée.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur.*
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Suppléant.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Président.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gibert.
Arvers.	Gerdy.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc, *Suppléant.*
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Examinateur.*	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

C. LE COUPPEY.

A MON PÈRE.

ET

—

A MA MÈRE.

ESSAI

SUR

LA FISTULE A L'ANUS.

On désigne généralement sous le nom de *fistule à l'anus* une solution de continuité disposée en forme de canal, située au voisinage de l'orifice du rectum, et entretenue par un état pathologique locale ou général.

La fistule à l'anus est dite *complète* lorsqu'elle s'ouvre dans l'instestin et sur la peau ; *incomplète rectale, stercorale incomplète, borgne interne*, quand elle ne va pas jusqu'aux tégumens ; *incomplète cutanée, borgne externe, anomale*, dans le cas où elle ne communique pas avec l'intestin.

Les causes de cette maladie sont toutes celles qui produisent les abcès à la marge de l'anus, telles sont, entr'autres les hémorrhoïdes internes, les chutes sur le siége; les lésions du rectum par des corps anguleux, fragmens de noyaux, arêtes de poisson, esquilles d'os, etc., avalés par inadvertance; les piqûres de la marge de l'anus, les efforts critiques ou sympathiques qui parfois ont lieu dans quelques affections. Ces différentes causes agissent d'abord ou sur le rectum, qu'elles perforent, ou dans le tissu cellulaire, dont elles déterminent l'inflammation. Qu'un corps aigu vienne à piquer l'intestin à sa partie

inférieure, la petite plaie ne se cicatrise pas, des mucosités s'interposent entre ses bords, dont elles empêchent l'adhésion; bien plus, elles s'infiltrent dans le tissu cellulaire qui unit la membrane muqueuse aux fibres musculaires, traversent celles-ci, et de proche en proche les graisses de cette région jusqu'à la peau ; là se manifeste une sorte de turbercule qui s'abcède, et dont l'ouverture devient, et fort souvent reste fistuleuse, entretenue qu'elle est par le passage des humidités intestinales. Il arrive moins fréquemment que le corps étranger s'insinue dans la solution de continuité, où il produit par sa présence une irritation considérable, de vastes abcès, et presque infailliblement une fistule à l'anus. La maladie s'établit d'une autre manière, lorsque le rectum n'étant point entamé, le tissu cellulaire abondant qui environne son extrémité inférieure vient à être frappé d'inflammation; en effet, la suppuration en est la terminaison la plus ordinaire, et le pus une fois formé se fait jour ou dans l'intestin, ou à la surface de la peau, ou bien en même temps en dedans et en dehors; dans tous les cas, si la cicatrisation n'a pas lieu, il reste une fistule complète ou incomplète. J'ai dit plus haut que la fistule à l'anus était entretenue par le passage continuel des humidités dont l'intestin est lubrifié; mais ce n'est pas cela seulement qui s'oppose à sa guérison spontanée; et d'ailleurs, quand la fistule est incomplète, cette cause entretenante, si je puis m'exprimer ainsi, n'existe pas, il faut donc chercher ailleurs la raison de la durée de cette maladie ; on la trouve dans la disposition anatomique des parties, qui ne permet pas aux parois de la solution de continuité de se mettre en contact immédiat; dans les fonctions du rectum, qui excluent une immobilité prolongée ; dans la structure du trajet fistuleux lui-même, où s'organise un tissu muqueux qui acquiert, comme le dit M. le professeur *Cruveilhier*, le droit de vitalité et de persistance, indépendamment de la cause qui a produit la fistule; dans la dénudation fréquente de l'intestin; parfois dans l'amaigrissement du malade; quelquefois enfin dans un état pathologique lié à une lésion organique du poumon ou de quelque autre viscère.

Les signes de la fistule à l'anus sont commémoratifs et diagnostiques. On tire les premiers de l'existence antécédente d'abcès dans la région anale ; les autres se déduisent des phénomènes morbides actuels ; ils diffèrent suivant que la fistule est complète, incomplète cutanée ou bien incomplète rectale. Lorsque la fistule est complète, on voit au voisinage de l'anus, tantôt à quelques lignes, tantôt à plusieurs pouces de cette ouverture, une solution de continuité de forme et de grandeur variables, ordinairement unique, parfois multiple ; cette solution de continuité donne issue à un liquide sanieux plus ou moins abondant ; quelquefois c'est un suintement à peine sensible, d'autres fois c'est un écoulement fort incommode, sans jamais être, à beaucoup près, aussi considérable que celui qui succède à l'ouverture des abcès par congestion. Ce liquide prend constamment, du moins par intervalle, une teinte tirant sur le brun, jamais il n'exhale une odeur urineuse ; la quantité n'en est pas notablement augmentée lors de l'émission des urines ; et cette émission ne présente rien de particulier, à moins toutefois que le malade n'eût en même temps une affection des voies urinaires, ce qui pourrait arriver. Ces caractères négatifs ne sont pas à négliger ; des fistules urinaires dont l'orifice extérieur est situé très-près de l'anus peuvent en imposer pour une fistule stercorale. Si l'on introduit avec précaution un stylet mousse dans le conduit fistuleux, cet instrument se dirige vers le rectum, souvent pénètre dans sa cavité, ce dont on s'assure en portant le doigt dans l'intestin ; souvent aussi, quelle que soit l'habileté du chirurgien, les tentatives sont infructueuses, et la sonde n'arrive pas jusqu'à l'orifice interne ; cela peut tenir aux flexuosités ou à l'étroitesse du trajet fistuleux ; dans cette dernière circonstance, on cherche à le rendre perméable par des injections d'eau tiède, et si on les pratique avec un liquide coloré, la portion que l'on voit sortir par l'anus lève toute espèce de doute. Mais ce n'est pas tout, il est encore important de constater la situation précise du pertuis interne ; cet orifice, rarement placé à une grande hauteur et hors de la portée du doigt, se rencontre le plus ordinai-

rement très-près de l'anus à la partie la plus basse du rectum ; et, supposé qu'on ne pût l'apercevoir en écartant avec soin les bords de l'anus, on y parviendrait, je crois, assez facilement par l'introduction d'un *speculum ani* fenêtré latéralement. Tels sont les signes à l'aide desquels on peut reconnaître la fistule complète ; retranchez-en tout ce qui est relatif à la perforation de l'intestin, et vous aurez ceux qui caractérisent la fistule incomplète cutanée.

Je ne puis guère parler de la fistule incomplète rectale que d'après les auteurs, ne l'ayant pas assez observée par moi-même ; or, voici, selon M. le professeur *Boyer*, à quels signes on reconnaît cette affection. « Le malade rend du pus par le fondement au moment où il va à la selle ; ce pus est étendu sur les excrémens, sans être mêlé avec eux. La défécation est accompagnée de douleur, et la compression exercée par le doigt à l'extérieur de l'anus, ou dans le rectum même, provoque une sensation pénible. La couleur de la peau est souvent altérée dans l'endroit qui correspond au mal ; elle est livide, dure et empâtée. Si l'on explore avec le doigt l'intérieur du rectum, on y reconnaît des inégalités qui ne sont pas naturelles à cette partie, et qui indiquent le lieu de l'ouverture interne de la fistule, rarement éloignée de l'anus. Cette fistule a encore des signes commémoratifs : elle succède à une tumeur inflammatoire qui, formée près de l'anus, s'est vidée par le rectum, et a donné lieu à un écoulement habituel de pus. » Le *spéculum*, ce me semble, pourrait encore ici trouver son application.

Le prognostic varie suivant une multitude de circonstances. Une fistule complète, récente, n'ayant que deux orifices rapprochés de l'anus, exempte de callosités, sans dénudation du rectum, ni décollement considérable de la peau, existant chez un individu sain du reste, est une affection peu grave, et dont la guérison, rarement il est vrai produite par la nature, s'obtient, en général, assez facilement, et n'est suivie d'aucun accident. Il est aisé de concevoir qu'on doit en porter un jugement tout différent lorsque les conditions ci-dessus énumérées viennent à manquer. Ainsi, la difficulté de com-

prendre tous les orifices dans la même incision ou dans une seule ligature rend leur multiplicité plus ou moins fâcheuse. Si l'orifice interne est hors de la portée du doigt, disposition heureusement très-rare, puisque M. *Ribes* ne l'a rencontrée sur aucun des soixante-quinze cadavres soumis à son examen, l'opération est difficile, et expose à des hémorrhagies inquiétantes : elle est fort douloureuse quand l'ouverture extérieure est éloignée de l'anus de plusieurs pouces. L'ancienneté de la fistule, les callosités qui la compliquent retardent la guérison. La dénudation étendue de l'intestin est très-fâcheuse par l'abondante suppuration à laquelle elle donne lieu. L'état des viscères, du poumon surtout, mérite la plus grande attention relativement au prognostic chez les sujets affectés de fistule à l'anus; il est de fait que, chez les phthisiques, la guérison de la fistule, quand on peut l'obtenir, a les plus funestes conséquences; je dis quand on peut l'obtenir, car il résulte des observations faites par M. le professeur *Richerand*, que la chose n'est pas toujours possible, quelque traitement méthodique qu'on mette en usage. Le prognostic des fistules incomplètes cutanées repose sur les mêmes bases; cependant elles sont, plus que les autres, susceptibles de guérir spontanément, je veux dire sans opération. Les fistules incomplètes rectales peuvent-elles se tarir par les seuls efforts de la nature? Cela ne me paraît pas absolument impossible, du moins dans tous les cas. Je fus un jour consulté par une demoiselle de vingt-cinq à trente ans, qui offrait tous les signes rationnels d'une semblable affection; la malade ne voulant point se soumettre à l'examen, je ne prescrivis que des moyens hygiéniques ; quoi qu'il en soit, les phénomènes morbides diminuèrent graduellement et cessèrent enfin complètement.

Le traitement de la fistule à l'anus peut être divisé en *prophylactique*, *curatif* et *palliatif*. Le traitement *prophylactique* consiste dans l'éloignement des causes de la maladie. On ne saurait trop s'élever contre ceux qui ont l'imprudence de retirer la chaise d'une personne au moment où elle s'assied; la chute est inévitable, et peut

avoir les plus funestes suites. M. *** tombe à la renverse, un de ses amis, pensant faire une plaisanterie fort innocente, avait soustrait le siége placé derrière lui; quelques jours après, un phlegmon paraît, s'abcède, et le délabrement qui suit entraîne le malade au tombeau. On doit, avec les précautions voulues, extraire les corps étrangers qui seraient introduits par l'anus ou qu'on aurait avalés. On recommande aux individus affectés d'hémorrhoïdes de prévenir la constipation par un régime convenable, un exercice modéré, les lavemens, etc. Si, toutes ces précautions ayant été prises ou négligées, il survient de la douleur, de la tension dans la partie inférieure du bassin, de la difficulté à rendre les matières fécales et les urines, il est à craindre qu'un phlegmon ne se développe; on cherche à le faire avorter par des saignées générales et locales, les bains, les cataplasmes émolliens, le repos absolu dans une situation horizontale, la diète, les boissons délayantes : bien entendu qu'on aura commencé par vider l'intestin à l'aide de lavemens huileux et mucilagineux. Mais rarement on parvient à enrayer la marche de l'inflammation; elle parcourt ses périodes, et se termine par suppuration; on ouvre alors de bonne heure, suivant le précepte d'*Hippocrate*, l'abcès qui en résulte, et si l'on ne s'oppose pas toujours, en agissant ainsi, à la formation d'une fistule, on prévient la fonte du tissu cellulaire, dont la destruction est une complication très-fâcheuse.

Une fistule étant établie, on ne dirige contre elle un traitement curatif que lorsqu'on est certain de pouvoir le faire sans danger. L'art emprunte les moyens de guérison à l'hygiène, à la pharmacie et à la chirurgie.

Les moyens hygiéniques ne doivent jamais être négligés : c'est surtout quand on a affaire à une fistule incomplète cutanée récente, entretenue par l'amaigrissement du malade qu'ils sont couronnés de succès. M. le professeur *Boyer* a obtenu la guérison d'une semblable fistule par l'emploi d'un régime analeptique. Les secours tirés de l'hygiène sont encore avantageux dans les fistules complètes; mais ici,

il faut en convenir, ils doivent bien plus rarement amener la cicatrisation parfaite.

Les médicamens employés seuls ne réussissent que dans bien peu de cas, lorsque, par exemple, la maladie est entretenue par le virus syphilitique.

J'arrive aux méthodes chirurgicales; on en a imaginé et employé un grand nombre; mais, en général, on peut les ranger sous deux chefs principaux, si l'on a égard au résultat immédiat qu'on se propose d'obtenir. En effet, les unes ont pour objet d'effacer le trajet fistuleux; les autres, de le réunir à la cavité du rectum, en détruisant l'espèce de pont qui les sépare: aux premières appartiennent les injections, la compression; aux dernières, la cautérisation, l'excision, la ligature, l'incision.

Les injections peuvent être utiles pour éclairer le diagnostic; comme moyen curatif, elles sont insuffisantes et généralement abandonnées.

La compression est également tombée en désuétude; cependant je ne crois pas que ce soit à juste titre. Exercée à l'extérieur, elle ne peut guérir, il est vrai, que des fistules incomplètes cutanées récentes, presque horizontales et sans amincissement de la peau; mais, si l'on plaçait dans le rectum des instrumens compressifs susceptibles d'appliquer l'un à l'autre les parois du trajet fistuleux, on pourrait raisonnablement espérer d'amener à fin quelques-unes de celles qui se prolongent le long du rectum sans le perforer. Si l'on parvenait, en outre, par un moyen quelconque, à boucher exactement l'orifice interne, on serait, je l'imagine, assez heureux pour obtenir la guérison de plusieurs fistules complètes et exemptes de complications. Qu'il me soit permis d'exposer sommairement le procédé que je tenterais en pareil cas. Le malade, couché sur le côté correspondant à la fistule, les membres abdominaux un peu fléchis, on introduirait dans le rectum le *speculum*, dont j'ai parlé; l'orifice interne de la fistule serait légèrement cautérisé avec du nitrate d'argent fondu; le *speculum* retiré, on placerait dans l'intestin une compresse de linge fin enduite de cérat, et

pliée à peu près comme un filtre de papier; il serait facile alors d'y pousser une assez grande quantité de charpie ou de coton cardé pour faire une sorte de tampon, qu'on laisserait pendant quarante-huit heures, et qu'on renouvellerait ensuite chaque jour. Ce procédé ne serait pas proposable si la maladie était trop ancienne, l'ouverture interne trop élevée; je l'essaierais dans la plupart des fistules incomplètes cutanées, en supprimant toutefois le nitrate d'argent. Si la compression ne réussit pas, il est temps encore d'en venir à l'opération usitée.

La cautérisation, soit qu'on la pratique avec des caustiques propres à consumer peu à peu toutes les chairs comprises entre la fistule et la cavité du rectum; soit que, pour obtenir instantanément le même résultat, on se serve d'un couteau rougi au feu, est rejetée actuellement par tous les chirurgiens instruits.

L'excision ou extirpation est encore conseillée par *Sabatier* dans les cas de fistules compliquées de duretés squirrheuses profondes et étendues : c'est une opération cruelle, et proscrite aujourd'hui.

La ligature faite successivement avec du lin écru tortillé autour d'un crin de cheval, avec des fils de chanvre, de soie, de plomb, etc., ne présente aucun des inconvéniens qui ont fait bannir la cautérisation et l'excision; elle a même cet avantage qu'elle n'empêche pas les malades de vaquer à leurs affaires; elle serait, je pense, préférable à l'incision pour les personnes qui ne peuvent interrompre leurs occupations, pour les individus très-jeunes, pour les sujets dont l'état des poumons est suspect; elle ne conviendrait pas s'il y avait plusieurs orifices externes, ou bien un seul fort éloigné de l'anus. Si je voulais traiter par cette méthode une fistule complète, je n'insinuerais le fil de métal qu'après avoir mis l'orifice interne à découvert à l'aide du *spéculum*; celui-ci, laissé dans le rectum, en tiendrait les parois écartées, et faciliterait l'introduction des pinces à anneaux dont je me servirais pour retirer le fil par l'anus; si l'orifice interne était trop élevé, j'aurais recours au gorgeret repoussoir de *Desault*.

L'incision, long-temps négligée pour des méthodes moins sûres

auxquelles elle est généralement préférée maintement, a été portée par les chirurgiens modernes à un haut degré de perfection et de simplicité. Voici comment elle s'exécute, lorsque la fistule est complète. Le malade préparé, situé et maintenu convenablement, on introduit dans la fistule et jusque dans l'intestin une sonde cannélée longue et flexible; celle de M. *Larrey* semble préférable à toute autre; le doigt indicateur de la main gauche, placé dans le rectum, accroche l'extrémité du stylet, le recourbe, et le fait sortir par l'anus; cela fait, on incise avec un bistouri droit ou concave les parties molles embrassées par la sonde, et l'opération est terminée. Je pense, avec quelques praticiens, qu'on pourrait quelquefois avantageusement remplacer la sonde et le bistouri par le syringotome, usité du temps de Galien.

Quand l'orifice interne de la fistule est assez élevé pour qu'on ne puisse ramener la sonde par l'anus sans produire beaucoup de douleur, on se sert d'une sonde cannelée sans cul-de-sac, dont le bec, après avoir parcouru tout le trajet fistuleux, s'engage dans la gouttière d'un gorgeret de bois enfoncé dans le rectum; on coupe alors avec un bistouri droit tout ce qui se trouve entre la sonde et le gorgeret, et l'on retire ensemble ces deux instrumens, qu'on a eu soin de maintenir en contact. Toutes les fois que plusieurs sinus aboutissent à un orifice commun, on les fend simultanément ou l'un après l'autre, on emporte les tumeurs hémorrhoïdaires qui avoisinent la plaie, on scarifie les callosités, on excise la peau décollée qu'on juge ne pouvoir se réunir aux parties sous-jacentes; quant à la portion d'intestin qui peut être dénudée au-dessus de l'orifice interne, faut-il l'inciser ou bien en abandonner le recollement à la nature? Voici ce que dit, à ce sujet, M. le professeur *Marjolin* : « Lorsque la dénudation du rectum au-dessus de l'orifice interne est peu considérable, surtout en longueur, il suffit de fendre cet intestin depuis cet orifice jusqu'à l'anus, sans prolonger plus haut l'incision. Cependant si, au bout de quelque temps, la portion dénudée ne se réunissait pas aux parties voisines, il faudrait alors la fendre, soit avec des ci-

seaux mousses conduits sur le doigt, soit avec le bistouri, soutenu sur le gorgeret. »

Lorsque la fistule est incomplète, rectale ou cutanée, on la rend d'abord complète, et l'on pratique ensuite l'opération comme à l'ordinaire.

Le pansement consiste surtout dans l'interposition d'une mèche de charpie entre les lèvres de la division; on ne la supprime que lorsque le fond de la plaie est presque de niveau avec la surface du rectum, ou lorsque sa présence occasionne de la diarrhée.

Les hémorrhagies abondantes qui compliquent parfois l'opération, et dont on ne peut se rendre maître par le tamponnement, sont arrêtées par le cautère actuel.

Le traitement palliatif des fistules à l'anus qui sont incurables, ou dont on ne juge pas à propos d'entreprendre la guérison, se réduit presqu'aux soins de propreté, aux lotions fréquentes; il on est bon toutefois de tenir le ventre libre par un régime convenable, de s'opposer à l'occlusion de l'orifice externe, à l'engouement du trajet fistuleux, en y pratiquant de temps en temps quelques injections; par là on prévient l'inflammation, les douleurs qui l'accompagnent, les abcès qui la suivent, et l'on rend cette incommodité plus supportable.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ubi cibus præter naturam copiosior ingressus fuerit, id morbum creat. Ostendit autem sanatio. *Sect.* 2. *aph.* 17.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

III.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem robur : ægrotanti verò, morbus fit. *Sect.* 7, *aph.* 65.

IV.

Animadvertendi sunt etiam quibus semel, aut bis, et quibus plura vel pauciora, et per partes exhibenda. Concedendum autem aliquid, et consuetudini, et tempestati, et regioni, et ætati. *Sect.* 1, *aph.* 17,

V.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes : minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Sect.* 1, *aph.* 13.

VI.

Paulò deterior, et potus, et cibus, jucundior autem, eligendus potiùs quàm meliores quidem, sed ingratiores. *Sect.* 2, *aph.* 38.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ubi cibus prætor naturam copiosior ingressus fuerit, id morbum creat. Detendi autem sanatio. Sect. 2, aph. 17.

II.

Cum morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. Sect. 1, aph. 8.

III.

Si quis deficientibus cibum det, convalescenti quidem robur; segrotanti vero, morbus fit. Sect. 7, aph. 65.

IV.

Animadvertendi sunt etiam quibus somni, aut bis, et quibus plura vel pauciora, et per partes exhibendi. Concoctionem autem aliquid, et consuetudini, et tempestati, et regioni, et ætati. Sect. 1, aph. 17.

V.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes; minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. Sect. 1, aph. 15.

VI.

Paulò deterior, et potus, et cibus, jucundior autem, eligendus potius quam melliores quidem, sed ingratiores. Sect. 2, aph. 36.